

## SOLICITUD INDIVIDUAL SEGURO DE MASCOTAS

| FECHA DE SOLICITUD                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |                                                                 |                   |                                                                             | VIGENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |     |       |                    |                          |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----|-------|--------------------|--------------------------|---------------------|
| DÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | MES | AÑO                                                             | OFICINA           | CÓDIGO                                                                      | DESDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |     | HASTA |                    |                          | NÚMERO DE DÍAS      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |                                                                 |                   |                                                                             | DÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | MES              | AÑO | DÍA   | MES                | AÑO                      |                     |
| INTERMEDIARIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |                                                                 |                   |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |     |       |                    | CLAVE                    |                     |
| <b>EL RECIBO DE LA PRESENTE SOLICITUD NO IMPLICA ACEPTACIÓN DEL RIESGO SI TRANSCURRIDO EL TÉRMINO DE QUINCE (15) DÍAS CORRIENTES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE RECIBO DE LA SOLICITUD, MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. NO EXPIDE LA PÓLIZA, SE ENTENDERÁ QUE LA SOLICITUD HA SIDO RECHAZADA.</b> |     |                                                                 |                   |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |     |       |                    |                          |                     |
| TOMADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |                                                                 |                   |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |     | C.C.  |                    | <input type="checkbox"/> |                     |
| DIRECCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                                                                 |                   | CIUDAD                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | TELÉFONO         |     |       | CORREO ELECTRÓNICO |                          |                     |
| ASEGURADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                                                                 |                   |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |     | C.C.  |                    | <input type="checkbox"/> |                     |
| DIRECCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                                                                 |                   | CIUDAD                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | TELÉFONO         |     |       | CORREO ELECTRÓNICO |                          |                     |
| BENEFICIARIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |                                                                 |                   |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |     | C.C.  |                    | <input type="checkbox"/> |                     |
| DIRECCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                                                                 |                   | CIUDAD                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | TELÉFONO         |     |       | CORREO ELECTRÓNICO |                          |                     |
| DATOS DE LA MASCOTA ASEGURADA                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |                                                                 |                   |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |     |       |                    |                          |                     |
| TIPO DE MASCOTA                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     | PERRO <input type="checkbox"/><br>GATO <input type="checkbox"/> |                   | GENERO<br>MACHO <input type="checkbox"/><br>HEMBRA <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | RAZA             |     |       | EDAD               |                          |                     |
| NOMBRE DE LA MASCOTA                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |                                                                 |                   |                                                                             | NÚMERO DE CHIP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |     |       |                    |                          |                     |
| LUGAR DE PERMANENCIA DE LA MASCOTA                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |                                                                 |                   |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |     |       |                    |                          |                     |
| CIUDAD Y DEPARTAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |                                                                 | DIRECCIÓN         |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | TELÉFONO         |     |       | CELULAR            |                          |                     |
| DATOS DEL PROPIETARIO DE LA MASCOTA                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                                                                 |                   |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |     |       |                    |                          |                     |
| NOMBRES                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |                                                                 |                   | APELLIDOS                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |     |       | GENERO             |                          | FECHA DE NACIMIENTO |
| DD/MM/AAAA                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |                                                                 |                   |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |     |       |                    |                          |                     |
| COBERTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |                                                                 |                   |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |     |       |                    |                          |                     |
| COBERTURAS BÁSICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |                                                                 |                   |                                                                             | COBERTURAS BÁSICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |     |       |                    |                          |                     |
| RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                                                                 |                   |                                                                             | <input type="checkbox"/> 6 SMMLV <input type="checkbox"/> 18 SMMLV <input type="checkbox"/> 30 SMMLV <input type="checkbox"/> 50 SMMLV<br><input type="checkbox"/> 12 SMMLV <input type="checkbox"/> 24 SMMLV <input type="checkbox"/> 36 SMMLV <input type="checkbox"/> 100 SMMLV <input type="checkbox"/> 120 SMMLV<br><small>Para mascotas consideradas razas peligrosas el límite mínimo de responsabilidad civil extracontractual no podrá ser inferior a 50 SMMLV</small> |                  |     |       |                    |                          |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |                                                                 |                   |                                                                             | CONTRATADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |     |       |                    |                          |                     |
| COBERTURAS ADICIONALES                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                                                                 |                   |                                                                             | LÍMITES ASEGURADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |     |       |                    |                          |                     |
| MUERTE ACCIDENTAL DE LA MASCOTA                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |                                                                 |                   |                                                                             | \$ _____ (LÍMITE MÁXIMO ASEGURADO \$ 1.000.000)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |     |       |                    |                          |                     |
| SACRIFICIO POR VEJEZ, ENFERMEDAD O ACCIDENTE                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |                                                                 |                   |                                                                             | CONTRATADA Límite único 4 SMMLV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |     |       |                    |                          |                     |
| ESTADIA EN RESIDENCIA O CENTRO CANINO                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |                                                                 |                   |                                                                             | CONTRATADA Límite único 9 SMMLV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |     |       |                    |                          |                     |
| ASISTENCIA EXEQUIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                                                                 |                   |                                                                             | CONTRATADA Límite único 19 SMMLV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |     |       |                    |                          |                     |
| ASISTENCIA DOMICILIARIA MASCOTAS                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |                                                                 |                   |                                                                             | CONTRATADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |     |       |                    |                          |                     |
| <b>OTROS SEGUROS</b><br>Ha estado asegurado anteriormente? _____ SI _____ NO En caso afirmativo, indique el nombre de la Aseguradora _____<br>Actualmente tiene seguros que cubran este mismo bien? _____ SI _____ NO En caso afirmativo, indique el nombre de la Aseguradora _____                           |     |                                                                 |                   |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |     |       |                    |                          |                     |
| <b>SINIESTRALIDAD</b> ¿Ha presentado siniestros en los últimos 3 años? _____ SI _____ NO En caso afirmativo, registre la siguiente información:                                                                                                                                                               |     |                                                                 |                   |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |     |       |                    |                          |                     |
| COBERTURA AFECTADA                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |                                                                 | VALOR INDEMNIZADO |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | FECHA OCURRENCIA |     |       | ASEGURADORA        |                          |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |                                                                 |                   |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |     |       |                    |                          |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |                                                                 |                   |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |     |       |                    |                          |                     |

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Definiciones Compañías significan las sociedades MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. Y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. Compañía del Grupo significa cualquier persona jurídica que directamente controle, esté controlada por o esté bajo control común de las compañías, incluyendo pero sin limitarse a CREDIMAPFRE S.A., MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES SAS, ANDIASISTENCIA S.A., CESVICOLOMBIA S.A. Compañías Tratantes significan las Compañías, las Compañías del Grupo, las Terceras Compañías y cualquier otra sociedad que trate Mis Datos Personales de conformidad con el presente documento. Mis Datos Personales significan cualquiera o todos los Datos Personales (tal como se entienden estos bajo la legislación aplicable) que he entregado con anterioridad a las Compañías Tratantes, que entrego con este documento, que entregue en el futuro o que las Compañías Tratantes reciban de conformidad con este documento para su Tratamiento, incluyendo mis Datos Personales Sensibles, tales como datos sobre la salud y datos biométricos. Terceras Compañías significa las sociedades a las que la Compañía o alguna de las Compañías del Grupo le entregan Mis Datos Personales en virtud de las autorizaciones que otorgo en este documento, incluyendo a: (i) Aquellas que actúan como Encargadas de Mis Datos Personales; (ii) Cualquier intermediario de seguros de las Compañías Tratantes; (iii) Cualquier sociedad con la que las Compañías o Compañías del Grupo hayan celebrado contratos para apoyar la prestación de sus servicios o el ofrecimiento, venta o soporte de sus servicios y/o productos o productos y/o servicios complementarios, tales como investigadores, ajustadores, compañías de asistencia, abogados externos, canales comerciales, servicios profesionales, etc.; (iv) Operadores, en el sentido que tiene esta palabra bajo la ley 1266 de 2008; y (v) Fasecolda e Inverfas S.A. para efectos del cumplimiento de sus obligaciones gremiales y legales.

Declaraciones. Declaro y garantizo que (A) He sido informado de mis derechos como titular de Mis Datos Personales, dentro de los que se encuentran los siguientes: (i) Conocer, actualizar y rectificar Mis Datos Personales frente a las Compañías Tratantes; (ii) Solicitar prueba de esta o las demás autorizaciones que haya dado para Mis Datos Personales; (iii) Previa solicitud, ser informado sobre el uso que se ha dado a Mis Datos Personales por las Compañías Tratantes; (iv) Presentar ante la autoridad competente quejas por violaciones al régimen de protección de datos personales; (v) Solicitar la supresión de Mis Datos Personales o la revocación de mi autorización cuando la autoridad competente haya sancionado a las Compañías Tratantes por conductas ilegales en relación con Mis Datos Personales; (vi) Acceder de forma gratuita a Mis Datos Personales. (B) Conozco el carácter facultativo de las respuestas a las preguntas sobre Mis Datos Personales Sensibles o sobre niños, niñas y adolescentes. (C) Conozco las identificaciones, direcciones físicas y electrónicas y los teléfonos de las Compañías y las Compañías del Grupo que actúan como Responsables en relación con Mis Datos Personales, las cuales se incluyen en el encabezado de este documento. (D) Conozco y acepto que la no entrega o autorización de Mis Datos Personales puede imposibilitar la prestación de servicios por las Compañías Tratantes y por tanto dar lugar a la terminación de los contratos con las Compañías Tratantes. (E) Cuento con todas las autorizaciones necesarias para entregar a las Compañías Tratantes los Datos Personales de terceros (como por ejemplo asegurados, beneficiarios, etc.) que he entregado o que entregue para su Tratamiento.

Autorizaciones. Otorgo mi autorización expresa, explícita e informada a las Compañías y a las Compañías Tratantes para que realicen cualquier operación de tratamiento sobre Mis Datos Personales (incluyendo los recolectados o tratados con anterioridad a este documento por las Compañías Tratantes) con las siguientes finalidades (i) Tramitar mi solicitud como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor (ii) Negociar y celebrar contratos con las Compañías Tratantes, incluyendo la determinación y análisis de primas y riesgos, y ejecutar los mismos (incluyendo envío de correspondencia) (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebren las Compañías con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir su actividad aseguradora y los servicios que yo contrate, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Determinar y liquidar pagos de siniestros; (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vii) Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador o la prestación de servicios de las Compañías Tratantes; (viii) Que las Compañías Tratantes me envíen ofertas de sus productos o servicios o comunicaciones comerciales de cualquier clase relacionadas con los mismos, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo pero sin limitarse a ofertas de productos y servicios de Terceras Compañías; (ix) Que las Compañías Tratantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crediticio u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países o entidades similares cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que yo llegue a contraer con la Compañía o con cualquier otra de las Compañías Tratantes con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales, incluyendo la generación de perfiles individuales y colectivos de comportamiento crediticio y de otra índole, la realización de estudios y actividades comerciales; (x) Crear bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; y (xi) Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales.

Otorgo mi autorización expresa e informada a las Compañías y a las Compañías del Grupo para que Mis Datos Personales sean transferidos, transmitidos y Tratados por Terceras Compañías. Las Compañías Tratantes podrán estar ubicadas en Colombia o en el extranjero, incluso en países que no proporcionen niveles adecuados de protección de datos.

Autorizo expresa e inequívocamente a usar mis datos personales con fines comerciales en los términos que de trata la cláusula de DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES del presente documento, la cual lei y comprendí cabalmente. \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

Autorizo expresa e inequívocamente a Fasecolda, Inverfas S.A e INIF, para que traten mis datos personales en los términos descritos en la cláusula de DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES del presente documento, especialmente para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales. \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

Duración del Tratamiento de Mis Datos Personales: Las Compañías Tratantes podrán Tratar y conservar Mis Datos Personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación entre las Compañías Tratantes y/o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

¿HA SIDO OBJETO DE AMENAZAS, EXTORSIÓN, ATENTADOS, BOLETEOS, VACUNAS, O ALGUN OTRO EVENTO SIMILAR, POR PARTE DE GRUPOS AL MARGEN DE LA LEY? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

DESCRIBA \_\_\_\_\_

¿EXISTE ALGUN HECHO O CIRCUNSTANCIA ADICIONAL QUE MODIFIQUE O AGRAVE LAS CONDICIONES DEL RIESGO DECLARADO? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

¿CUÁL? \_\_\_\_\_

CONVENIO DE PAGO (MARQUE CON UNA X)

LA PRIMA DEL PRESENTE SEGURO SE CANCELARA DE LA SIGUIENTE FORMA

De contado en:

- ☐ Efectivo Bancos Autorizados  
☐ PSE  
☐ Baloto (hasta \$1.000.000)  
☐ Tarjeta Débito  
☐ Tarjeta Crédito

Financiación:

- ☐ Credimafpre  
☐ Credivalores

Débito Automático:

- ☐ Convenio con la red ACH en Cuenta de Ahorros o Cuenta Corriente, a excepción de los siguientes bancos: Bancamía, Banco Falabella, Banco Procredit, Banco Agrario y Banco Pichincha  
  
☐ Convenio con Tarjeta de Crédito Visa, Master Card, Diners y American Express de cualquier entidad.

CUALQUIER PRIMA ADICIONAL QUE SE GENERE EN VIRTUD DEL PRESENTE SEGURO, SE CANCELARÁ DENTRO DE LOS 30 DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DOCUMENTO RESPECTIVO.

FIRMA Y SELLO DEL TOMADOR

FIRMA DEL INTERMEDIARIO

PARA USO EXCLUSIVO DE MAPFRE:

ACEPTACIÓN DEL RIESGO: ☐ SI ☐ NO

FECHA

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA